

Contribution à l'Etude du Lichen PLAN BUCCAL POST-AURIQUE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 28 Avril 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GHEERBRANT Henri-Félix-Marie-Léonce

Né le 26 Janvier 1909, à Arras (Pas-de-Calais)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SPILLMANN,	Professeur, <i>Président</i>
PERRIN,	Professeur, <i>Juge.</i>
WATRIN,	Professeur <i>Juge.</i>
ABEL,	Agrégé <i>Juge.</i>

*Le candidat répondra, aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



LILLE

IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE

5, Rue Jacquemars-Gièlée

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547420_0047

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE du LICHEN

PLAN BUCCAL POST-AURIQUE

Contribution à l'Etude du Lichen PLAN BUCCAL POST-AURIQUE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 28 Avril 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GHEERBRANT Henri-Félix-Marie-Léonce

Né le 26 Janvier 1909 à Arras (Pas-de-Calais)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM SPILLMANN,	Professeur, <i>President</i>
PERRIN,	Professeur, <i>Juge.</i>
WATRIN,	Professeur <i>Juge.</i>
ABEL,	Agrégé <i>Juge.</i>

*Le candidat répondra, aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



LILLE

IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE

5, Rue Jacquemars-Gièlée

1934

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I ☉ ;
WEISS, O *, I ☉ ; BOUIN, O *, I ☉ ; ANCEL, *, I ☉ ;
GARNIER *, I ☉ ; MACÉ *, I ☉ ; P. PARISOT, O *, I ☉.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I ☉.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I ☉.
Physique	M. DUFOUR, *, I ☉.
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I ☉.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRELICH, *, I ☉.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHHNSHOLZ, O *, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . .	M. P. JACQUES, *, I ☉.
Clinique de chirurgie urinaire . . .	M. P. ANDRÉ, O *, I ☉.
Histologie.	M. R. COLLIN, *, I ☉.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I ☉.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I ☉.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I ☉.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I ☉.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I ☉.
Hygiène et médecine préventive . .	M. J. PARISOT, C. *, I ☉.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I ☉.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, A ☉.
Hydrologie	M. SANTENOISE, * AV *, *.
Clinique des maladies des enfants .	M. L. CAUSADE, *, I ☉.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I ☉.
Histoire naturelle et parasitologie.	M. G. THIRY, *, I ☉.

Chargés de cours complémentaires :

Pharmacologie.	M. M. PERRIN, *, I ☉, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. P. SIMONIN, ☉, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, ☉, agrégé.
Clin. gynécolog.	M. A. BINET, *, I ☉, agrégé, libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A. ☉, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, *, I ☉, profes.
Propédeutique dermatologique . . .	M. WATRIN, *, I ☉, agrégé, libre.
Médecine opératoire.	M. M. BARTHÉLEMY, *, I ☉, agr., libre.
Electrothérapie et radiologie . . .	M. G. LAMY, *, I ☉, agrégé.
Accouchements (cours théorique). .	M. JOB, *, I ☉, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A. ☉, agrégé.
Clinique propédeutique médicale. .	M. DROUET, A. ☉, agrégé.
Anatomie et Médecine légale . . .	M. MUTEL, *, I ☉, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A. ☉, agrégé.
Clinique des maladies mentales . .	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, agrégé.
Physiologie du travail	M. MERKLEN, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O. R. L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

M. LAMY, *, I ☉.	M. MERKLEN, A. ☉.
M. MUTEL, *, I ☉.	M. FLORENTIN.
M. VERMELIN, *, A. ☉.	M. BODART.
M. GUILLEMIN, A. ☉.	M. CHALNOT.
M. ABEL, *, I ☉.	M. WOLFF.
M. DROUET, A. ☉.	M. POURCINES.
M. P. SIMONIN, I ☉.	M. MELNOTTE.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I ☉ ; S. RÉMY, I ☉ ; BUSQUET, I
BARTHÉLEMY, *, I ☉, L. JOB, *, I ☉ ; M. FAIRISSE, I ☉
WATRIN, *, I ☉, M. A. BINET, *, I ☉,
M. TRIBOLET, I ☉, Secrétaire.



(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Hommage d'affection et de reconnaissance

A MA FIANCÉE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

Doyen de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Daignez accepter l'hommage de mon profond respect et de ma sincère gratitude

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DANIEL

Qui m'a proposé le sujet de cette thèse.
Hommage de ma reconnaissance et de mon
profond respect.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR CAMELOT

M. LE PROFESSEUR LANGERON

M. LE PROFESSEUR DEHERRIPON

M. LE PROFESSEUR BILLET

M. LE PROFESSEUR THILLIEZ

M. LE PROFESSEUR REVERCHON

M. LE PROFESSEUR LEGRAND

M. LE PROFESSEUR LÉPOUTRE

M. LE PROFESSEUR FAVREAU

A MM. LES DOCTEURS

PAUL DAVID, D'HOUR, A. BERNARD, J. DUPAS

HISTORIQUE

Pendant longtemps, le mot lichen a été employé en médecine sans qu'il fut possible d'assigner à ce terme un objet précis et bien délimité ; ce qui se conçoit, si l'on admet qu'à l'origine le lichen était du domaine de la botanique, où il désignait un grand nombre de plantes de la famille des Lichénées, qui croissent en plaques crustacées sur le sol, les rochers et les vieux arbres.

En se basant sur une grossière analogie de caractères pour appliquer le même terme de lichen à des faits de pathologie humaine, on introduisait ipso facto une confusion redoutable dans la discrimination des lésions mêmes que l'on prétendait définir. C'est ainsi que bien des auteurs anciens ont englobé sous le terme de lichen des formes morbides de siège et de modalité pathogénique très différents : formes sèches et formes humides, lésions papuleuses, pustuleuses et vésiculeuses, et qui n'avaient peut-être que de lointains rapports avec ce que l'on entend aujourd'hui par lichen.

Pareille incertitude se retrouve dans les travaux d'auteurs plus rapprochés de nous, tels que : SAUVAGES, LORRY et même ALIBERT.

WILLAN et BATEMAN devaient être les premiers à décrire sous le nom de lichen : « Une éruption étendue de papules, se manifestant chez les adultes, accompagnée d'un trouble des organes intérieurs, se terminant ordinairement par une légère desquamation, susceptible de se reproduire et ne se transmettant pas par contagion.

Evidemment, cette définition laissait à désirer ; le lichen s'observe chez l'enfant, et les symptômes viscéraux n'ont rien de rigoureusement nécessaire. C'était cependant un progrès très réel pour cette époque que d'établir l'existence du lichen comme une affection papuleuse spéciale, distincte de toutes les autres formes éruptives qui siègent à la peau.

Par la suite, des dermatologistes comme BIETT, GIBERT, CAZENAVE, RAYER et DEVERGIE ont accepté à peu de choses près, la définition de WILLAN ; ALIBERT, par contre, fait disparaître à peu près complètement le lichen de sa classification, pour le ranger dans le groupe des dermatoses scabieuses.

Enfin, après des vicissitudes diverses, aujourd'hui, lorsqu'on prononce le nom de lichen tout court, on veut parler de cette grande dermatose bien définie, qui est le « lichen ruber » de HEBRA (1862), le « lichen planus » de WILSON, appelé souvent « lichen ruber planus ».

La question du lichen était donc parfaitement au point au début de siècle, lorsqu'elle a connu un regain d'intérêt avec l'emploi des arsenicaux, et dans ces toutes dernières années avec l'avènement des

sels d'or en pltysiothérapie. C'est qu'en effet, si l'apparition de lichen plan dans les cures arsenicales de la syphilis avait déjà retenu l'attention des cliniciens, la fréquence du lichen, et particulièrement du lichen des muqueuses, parmi les complications de l'aurothérapie, a soulevé quantité de problèmes intéressants : conditions d'apparition, étiologie et pathogénie, conséquences au point de vue de la poursuite du traitement, et c'est à l'étude de ces questions que nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution.

Mais, avant d'aborder le lichen aurique, nous croyons opportun de rappeler très brièvement les symptômes et l'anatomie pathologique du lichen plan banal qui sont, les premiers souvent, la seconde toujours, superposables à ceux du lichen aurique.

SYMPTOMES

À la peau, l'élément éruptif du lichen plan est une papule typique, d'une dimension moyenne de un millimètre ; polygonale et aplatie, elle est parfois ombiliquée ; de surface lisse et brillante, de consistance sèche, sa coloration varie du rose au violacé.

Le caractère pathognomonique est la présence de stries et de ponctuations opalines qui réalisent à la surface des papules un réseau blanchâtre : « signe du réseau », de WICKHAM, qui s'observe sur les papules adultes. Recouvertes de squames fines, un léger grattage de l'ongle y laisse une raie farineuse. L'éruption ancienne s'accompagne généralement de *dyschromie*, les papules se pigmentant, surtout à leur périphérie.

Localisations électives : la face antérieure des poignets, les avant-bras ; on l'observe aussi sur les flancs, les reins, les organes génitaux et, ce qui nous intéresse particulièrement, sur la muqueuse buccale.

Sur la muqueuse buccale, où on le note dans la moitié des cas, le lichen plan revêt un aspect spé-

cial qu'il importe de connaître, quand ce ne serait que pour ne pas risquer de le confondre avec la leucoplasie ou la syphilis buccale. Les manifestations buccales du lichen peuvent en précéder les manifestations cutanées.

Il apparaît, le plus souvent, au niveau de l'interligne dentaire, d'un seul côté ou des deux côtés de la face interne des joues, en regard des dernières molaires. Il se montre sous formes de taches blanchâtres, porcellaniques ou opalines disposées en réseaux ou en anneaux, ou dentelliformes, ou sous forme d'un réseau blanc qui n'est que l'exagération de celui qu'on observe sur les papules typiques de la peau.

Jusqu'à ces temps derniers, il était classique de dire avec DARIER qu'il n'y a jamais d'érosion dans le lichen buccal. Mais une observation récente de LACASSAGNE et GATÉ nous montre un malade de 35 ans qui, après un eczéma lichénifié de l'avant-bras, présenta à la face interne des joues des images typiques de lichen plan buccal, au niveau desquelles se voyaient des exulcérations de dimensions variables, avec muqueuse abrasée, rouge vif, de contours irréguliers, non surélevées.

D'autres observations analogues de MILIAN et FOUQUET, de PINARD et EVEN prouvent bien qu'il existe un lichen plan ulcéreux des muqueuses. Et ce lichen ulcéreux, au lieu de l'indolence habituelle au lichen buccal non ulcéré, peut éveiller de vives douleurs.

Après le lichen jugal, vient la localisation linguale du lichen buccal. Elle revêt sensiblement les mêmes aspects que le précédent, avec prédominance de traînées ou de larges surfaces opalines d'où émergent quelques papilles rosées.

Enfin, à la bouche, le lichen plan peut encore se rencontrer, quoique rarement, sur les amygdales, sur les gencives, le palais et les lèvres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'y a guère à changer à l'anatomie pathologique du lichen plan telle qu'elle a été décrite par DARIER.

Le corps muqueux de MALPIGHI est très hypertrophié dès le début (acanthose) ; par la suite, cette hypertrophie du corps muqueux régresse, parce que la couche cornée s'est épaissie à ses dépens. Le stratum granulosum est légèrement hypertrophié lui aussi (granulose), mais inégalement sur tous les points d'une même papule ; c'est cette répartition inégale de la kérato-hyaline qui fait apparaître le réseau de WICKAM. La couche cornée est épaisse, cohérente, chargée de graisse, et formée de cellules sans noyau, normales (kératose).

Les papilles sont élargies en coupole avec effilement de certains prolongements interpapillaires, ce qui donne un aspect en festons à la zone limite dermo-épidermique.

La couche basale est œdématiée et disloquée, et, par endroits, peut disparaître totalement.

Quant au corps papillaire, il est le siège d'une

infiltration assez dense, sur laquelle PAUTRIER a récemment attiré l'attention : cet infiltrat est en effet normalement constitué par des éléments mononucléés : lymphocytes, fibrocytes, histiocytes. DARIER y signale la rencontre rare de cellules géantes. Mais, en règle générale, on n'y trouve pas de polynucléaires. Cependant, sur l'examen histologique de soixante cas, M. PAUTRIER a découvert dans un cas une éosinophilie importante (5 à 6 éosinophiles dans certains champs à l'oculaire n° 4) de l'infiltrat. Une éosinophilie semblable a été signalée une fois par PIRILA.

M. PAUTRIER signale également l'existence fréquente d'une exocytose trans-épidermique, déjà remarquée par ERHMANN et par GANS.

Dans les espaces intercellulaires agrandis du corps muqueux dissocié et dont bien des cellules dégénèrent, on voit de nombreux éléments cellulaires en migration, déformés et étirés, et ne se traduisant plus guère que par la masse filiforme de leur chromatine. Il est donc impossible de reconnaître leurs caractères morphologiques, mais, si nous croyons que l'infiltrat est purement mononucléé, il faut logiquement admettre, dit M. PAUTRIER, que les éléments de cette exocytose sont également mononucléés : ce sont sans doute des lymphocytes, ou peut-être des cellules de l'infiltrat dermique qui, ayant disloqué les couches inférieures du corps muqueux, ont pu, dans un second stade, devenir des cellules en exocytose.

Dans la couche profonde du corps papillaire, il n'y a que quelques blocs pigmentaires autour des vaisseaux.

Le lichen plan buccal et le lichen des muqueuses en général, montrent exactement les mêmes lésions. La blancheur des traînées opalines, « comme si l'on avait bu du lait », est due à la kératohyaline qui se forme abondamment dans le stratum granulosum.

AUROTHERAPIE ET SES ACCIDENTS

Des premières injections de sels d'or, datent les premiers accidents de la chrysothérapie. En effet, les sels d'or employés étant très toxiques d'une part, et d'autre part la posologie utile étant tout entière à déterminer, il arrivait que l'on confondit dose toxique et dose thérapeutique.

Le premier en date, l'aurocantan, cyanure double d'or et de potassium, fut employé en 1914, par FELDT, à la Clinique de SPIESS, ainsi que le Krysolgan, tous deux à doses trop fortes. Aussi observa-t-il de nombreux accidents : vertiges, albuminuries, *stomatites*, vomissements, ictères.

L'aurophos, puis le triphal (44 % d'or) employé en 1924, s'ils eurent à leur actif quelques succès, surtout dans le lupus érythémateux, provoquèrent aussi les mêmes inconvénients, parmi lesquels des réactions cutanées.

A la fin de 1924, c'est l'avènement de la sanocrysine, puis de l'hyposulfite d'or. HÖLLGER MÖLLGARD expérimente avec la sanocrysine sur des veaux, et

ces animaux présentent une éruption dont les éléments ont l'aspect de fortes cuti-réactions ; tandis que KNUD FABER voit survenir chez ses malades, soit un exanthème morbillieux, devenant ensuite scarlatiniforme, pour disparaître au bout de quelques jours sans autres conséquences, soit de véritables dermites desquamantes étendues survenant après quelques injections.

Mais, là encore, la fréquence de ces accidents était due surtout à une posologie qui se cherchait, et lorsqu'on s'est aperçu que prudence et succès thérapeutique ne sont pas termes contradictoires, on a enregistré beaucoup moins de mécomptes de cet ordre.

Qu'elle s'appelle Crisalbine, Thyocrisine, Sulfo-crisol, c'est surtout la Sanocrisine, — hyposulfite double d'or et de sodium, — qui est utilisée aujourd'hui. Employée d'abord en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, LÉON BERNARD, en France, en a eu d'incontestables succès.

Possédant la propriété de pénétrer le tissu lipoïde du bacille de Koch, elle se décompose dans l'organisme en or métallique qui s'élimine par le rein.

Malgré sa toxicité relativement faible, on emploie aujourd'hui la Sanocrisine à doses peu élevées. Pourtant, malgré la posologie restreinte adoptée par les cliniciens, on éprouve encore, quoique moins fréquemment, certains inconvénients avec l'aurothérapie : Anaphylaxie clinique et humorale

(GOUGEROT et PATTÉ), crise nitritoïde, accidents métastatiques divers ; granulie méningée, gomme bacillaire, tumeur blanche du genou, etc., (NICOLAS, LEBEUF et MOLLARD), érythrodermies vésiculo-œdémateuses, érythèmes, stomatites, lichens et d'autres réactions cutanées, tels sont les principaux accidents que l'on voit survenir au cours du traitement aurique.

STOMATITE ET LICHEN BUCCAL AURIQUES

On signale l'existence de la stomatite, parmi les divers accidents constatés, dès les premières applications des sels d'or à la thérapeutique. Les lésions qui siègent surtout aux joues et à la langue, quelquefois aussi, mais plus rarement, aux commissures des lèvres et au voile du palais, se présentent sous l'aspect d'un enduit blanchâtre, « comme si les malades avaient bu du lait » dit WÜRTZEN.

FELDT, à la Clinique de SPIESS, l'observe dès 1914, avec l'aurocantan ; KOHRS, en 1921, avec le krysolgan, MARTENSTEIN en 1922, WÜRTZEN en 1925. Depuis qu'en 1926 PEYRI et NOGUER-MORE, au Congrès de Bruxelles, puis JEANSELME et BURNIER, ont confirmé l'importance de cette stomatite aurique, les observations se sont multipliées, et dans la littérature abondante consacrée à cette question, on en trouve d'excellentes descriptions de MM. NICOLAS et GATÉ, LEBEUF et MOLLARD, GOUGEROT et BURNIER.

Fréquence.

C'est, somme toute, un accident assez rare ; LEBEUF et MOLLARD indiquent 1,5 % des cas soumis aux sels d'or. Mais le pourcentage par rapport aux autres accidents auriques est sans doute plus élevé car, accompagnant presque constamment les autres complications auriques, elle se rencontre aussi isolément, ainsi que dans notre observation.

Circonstances d'apparition.

Rien de plus variable que les circonstances dans lesquelles elle apparaît. Le plus souvent, elle débute au cours d'une série d'injections après la cinquième ou sixième ; parfois deux ou trois semaines après la fin de la série, parfois aussi quelques jours après une seule injection. La stomatite guérie peut ne pas récidiver dans des cures ultérieures, comme aussi de nouveaux accidents buccaux peuvent survenir.

La stomatite s'installe rarement d'un seul coup. Le goût métallique normalement perçu après une injection s'accroît et persiste. Le malade ressent une certaine sensibilité des lèvres, puis une gêne de la mastication, une sensation de piqûres d'aiguilles, et l'éruption se constitue.

Morphologie.

A la période d'état, la stomatite aurique a des caractères bien particuliers, et qui la séparent nettement des autres stomatites chimiques.

D'abord, *l'étendue fréquente des lésions* : c'est une stomatite diffuse, qui envahit la face interne des joues, la langue, les amygdales, le voile et les lèvres quelquefois.

Ensuite, sa *morphologie* : ce qui frappe d'abord, *c'est la couleur blanchâtre*, opaline, des lésions, « comme si on avait bu du lait ».

Caractère distinctif avec les stomatites bismuthiques et mercurielles, la stomatite aurique est *lichénoïde et épithéliale* ; elle présente de petites érosions superficielles, auxquelles s'ajoutent soit des lésions blanchâtres rappelant le lichen plan buccal, soit des lésions leuco-kératosiques qui les entourent.

Elle présente parfois des ulcérations de grandes dimensions : 2 centimètres dans le plus grand diamètre, dans une observation de DU CASTEL et DEBROISE ; mais toujours très superficielles, à bords minces et non décollés.

Les prélèvements et les cultures n'y montrent jamais de bacilles de Koch ni de fuso-spirilles, sauf exceptions très rares pour les fuso-spirilles. Il s'agit alors d'infections secondaires qui s'accompagnent de réaction ganglionnaire.

Enfin, dernier caractère : cette stomatite *est douloureuse*, elle entraîne une dysphagie intense, mais il n'y a, par contre, *aucune exagération de la sécrétion salivaire*.

Formes cliniques.

Toutes les stomatites auriques n'ont pas le même caractère de gravité : il est des formes légères,

il en est de graves, il y a aussi des formes atypiques.

Parmi les formes graves, exceptionnelles, il faut citer les stomatites ulcéreuses, qui creusent en bloc : gencives, amygdales, voile, joues, langue (LEBEUF et MOLLARD), et les stomatites gangréneuses (A. LUMIÈRE). Dans ces cas, il s'agit, sans doute, de stomatites toxiques avec infection secondaire (GOUGEROT et BURNIER).

Parmi les formes atypiques :

L'érythème à type d'hydroa buccal, observé et décrit par GATÉ et BARRAL, avec de nombreuses bulles sur les joues, la langue et le voile ;

La stomatite vésiculeuse sur fond rouge et desquamant observée par CHARGIN ;

Les enduits opalins, nacrés, qui recouvrent parfois toute la muqueuse buccale et linguale, et qui pourraient bien n'être « qu'un lichen plan extraordinairement confluent et généralisé, en nappe, comme on n'en voit pas en dehors de la chrysothérapie, donc spécial à l'or ». (GOUGEROT et BURNIER).

OBSERVATIONS

En février 1931, LEBEUF et MOLLARD, dans un essai de classification des aurides, signalaient le lichen plan buccal aurique comme un accident rare, et citaient une observation de GOUGEROT et BURNIER, de 1929, « éruption lichénoïde et stomatite leuco-kératosique ulcéreuse aurique », stomatite que M. MILLAN avait déclaré être un lichen plan et non une éruption toxique, ce qui se confirma par la suite.

Cependant, dès 1926, des éruptions « lichénoïdes » généralisées avaient déjà été observées par SAYÉ et NOGUER-MORE ; un lichen cutané typique cliniquement et histologiquement avait été observé par BUSCHKE chez une tuberculeuse traitée par les sels d'or, et ABRAMOVITZ avait vu une éruption lichénoïde accompagnée de lésions buccales « que rien ne distinguait du lichen plan » chez un malade traité également par l'or.

Au cours de l'année 1931, et des années suivantes, de semblables observations devaient se multiplier.

C'est une observation de LORTAT-JACOB et LEGRAIN, indiscutable : lichen plan buccal typique chez un homme de 36 ans, traité pour lupus érythémateux de la face, par la crisalbine aux doses suivantes : 0 gr. 05 $\times$ 5, 0 gr. 10, 0 gr. 15, 0 gr. 20, 0 gr. 25 $\times$ 6 ; trois injections à 0 gr. 25 aggravèrent les lésions, et nécessitèrent l'arrêt du traitement.

LORTAT-JACOB et JAIME ont vu une plaque pigmentée grise, entourée d'une zone blanchâtre, à la muqueuse jugale gauche d'une tuberculeuse qui présentait une érythrodermie aurique généralisée.

RABUT a observé une femme qui fit une érythrodermie après quelques injections d'allochrysine ; la langue montrait un enduit blanchâtre, superficiel, lichénoïde, avec un noyau plus épais, large de quelques millimètres ; même lésion à la muqueuse jugale gauche.

GATÉ, après 8 injections de crisalbine, a vu chez une jeune tuberculeuse une leuco-kératose de la muqueuse buccale, avec quelques érosions à la face inférieure de la langue, ainsi qu'une leuco-kératose vulvo-vaginale.

A toutes ces observations rapportées par eux dans leur article : « Révision de la stomatite nacrée aurique »....., COUGEROT et BURNIER ajoutent deux nouvelles observations de lichen plan buccal typique post-aurique.

Une malade de 30 ans, lupus érythémateux de la face, après 2 gr. 35 de crisalbine en deux mois et demi, présente au niveau des dernières molaires, sur la muqueuse jugale, un petit placard blanchâtre ovalaire de 2 centimètres de large, réticulé, nacré, analogue à une plaque de lichen plan jugal. Le traitement étant interrompu, la lésion s'efface en 25 jours.

Le lupus ayant récidivé 2 mois après, on reprend le traitement ; après 1 gr. 40 de crisalbine, sensation de sécheresse dans la bouche, et sur les deux joues cette fois, mêmes lésions que précédemment au même niveau, mais plus étendues.

La chrysothérapie étant abandonnée, les lésions pâlisent progressivement.

Une autre malade de 33 ans, pour la même affection, supporte sans inconvénients deux cures de crisalbine de 1 gr. 75 chacune. Une troisième série de crisalbine est faite pour une deuxième récidive. A la dixième injection de 0 gr. 25, apparition sur la muqueuse jugale à gauche

d'un placard ovalaire de 1 sur 2 centimètres, blanchâtre, réticulé, analogue à une plaque de lichen plan.

Citant ces diverses observations, GOUGEROT et BURNIER insistaient avec raison, d'abord sur ce fait que la stomatite aurique est essentiellement différente des autres stomatites, mercurielles ou bismuthiques ; en effet, les microbes de la bouche ne sont pas en cause, et les rares fois où l'on a décelé sa présence, l'association fuso-spirillaire n'était que secondaire.

En second lieu, si on regarde de près cette stomatite, on constate, dit GOUGEROT, « que l'enduit blanchâtre n'est pas uniforme, mais qu'il est réticulé; en plaques dentelliformes, comme dans le lichen plan buccal ».

L'existence si fréquente d'ulcérations, et le caractère douloureux de la stomatite aurique ne sont pas des arguments probants pour infirmer cette thèse de la similitude de la stomatite aurique et du lichen buccal.

Nous savons, en effet, par les observations de MILIAN et FOUQUET, PINARD et EVEN, LACASSAGNE et GATÉ, que le lichen plan buccal « essentiel » peut être ulcéreux, et que dans ces cas, il est également douloureux.

Depuis lors, de nouvelles observations sont encore venues confirmer cette thèse :

Paul BLUM et NADAL ont observé une jeune fille de 21 ans, T. P., qui reçut en tout 0 gr. 40 d'or. Un mois après la dernière piqûre, prurit intense, et apparition simultanée d'un lichen plan cutané hyperpigmenté et d'un lichen plan buccal et jugal.

BERTIER et BOCQUILLON ont constaté, chez une rhumatisante chronique de 56 ans, ayant reçu en six semaines 90 cent. d'allochrysine intramusculaire, une série d'accidents cutanés et muqueux graves, mais sans température et sans albumine. Six mois après, persistance à la peau de larges placards brunâtres de lichen plan, et de quelques plaques blanches jugales à aspect de lichen plan typique.

GOUGEROT, COHEN et PATTÉ ont vu, chez une malade de 25 ans (lupus érythémateux de la face), qui avait reçu en tout 0 gr. 75 de crisalbine intraveineuse, du 5 octobre au 2 novembre, survenir à la peau des vésicules d'eczéma entremêlées, sans confusion, à des plaques blanchâtres de lichen plan typique, avec ulcérations, sur une muqueuse érythémateuse et œdémateuse.

GOUGEROT, P. BLUM et DUREL ont observé un T. P. qui ayant reçu 0 gr. 60 de crisalbine intraveineuse, du 12 août au 9 septembre 1932, présenta le soir de la sixième injection une grosse réaction fébrile et une stomatite ulcéro-membraneuse. Le 31 décembre, on constate un lichen corné des membres inférieurs, et se continuant avec lui un lichen plan typique, pigmenté, du reste du corps, ainsi qu'un lichen buccal typique, des commissures et de la langue.

GOUGEROT et P. BLUM ont constaté chez une malade atteinte de lupus érythémateux, une stomatite aurique, érythémateuse, érosive, avec ébauche de lichen plan, et ce lichen jugal a persisté plus longtemps que les lésions muqueuses toxiques.

GRAVIER et GATÉ ont vu survenir chez un T. P. de 40 ans des lésions buccales blanchâtres, après une série de 3 gr. 55 de sels d'or. La cure arrêtée, la stomatite s'est atténuée avec des retours offensifs pendant 4 mois, au cours desquels apparaît un purpura de la muqueuse buccale et des téguments, qui laisse, en disparaissant, de petites plages prurigineuses et rugueuses qui se pigmentent par la suite, et que l'examen histologique d'un fragment biopsié montre être un lichen plan typique.

A la bouche, traînée linéaire légèrement leuco-kératosique sur l'interligne dentaire gauche de la muqueuse jugale, et aspect de glossite atrophique sur la moitié gauche de la langue (« aspect décrit par GOUGEROT et BURNIER, LORTAT-JACOB, FOURNIER et FLANDIN, dans certains cas de lichen lingual »).

TOURAINE et VOULLEMIN ont observé un malade de 56 ans qui présentait un mois après une cure de crisalbine totalisant un gramme, une érythrodermie et une stomatite douloureuse. Par la suite, l'érythrodermie ayant desquamé, fit place à une pigmentation de plus en plus foncée, formée de papules de lichen plan. A la bouche on voyait de nombreuses taches naacrées de lichen plan.

L'examen histologique d'un fragment biopsié montre un lichen plan typique.

Enfin, voici notre observation :

LICHEN PLAN BUCCAL D'ORIGINE AURIQUE

par MM. D'HOUR, P. DAVID et GHEERBRANT

M. N..., 25 ans, vendeur, est envoyé par son médecin au dispensaire Saint-Raphaël, le 31 novembre 1931.

Il se plaint de fatigue, sueurs, toux et expectoration ; il vient de reprendre en un mois 4 kilogs, alors qu'il en avait perdu 8 pendant les 8 mois précédents.

Dans ses antécédents personnels l'on note une « congestion pulmonaire double » en 1931, pneumopathie pour laquelle il a été alité pendant trois mois ; c'est à la suite de cet incident qu'il a maigri de 8 kilogs. Il était parti séjourner dans le midi de la France, mais le médecin qu'il avait consulté sur place lui avait conseillé de revenir chez lui.

Ce malade, à son retour, a essayé de reprendre son travail, mais la fatigue progressive l'a empêché de continuer.

Actuellement, à l'auscultation, l'on trouve des râles bulleux au sommet gauche, avec, après la toux, des râles à timbre caverneux. A la base droite l'on trouve de nombreux sous-crépitants en foyer, rien d'anormal n'est constaté à la base gauche.

Radioscopie et radiographie montrent, au sommet gauche, une très grande cavité sans niveau liquide. Cette ca-

vité, en raison de sa grande dimension, avait été antérieurement considérée comme un pneumothorax partiel.

Dans ce cas, le signe indiqué par BERNOU était positif, à savoir le raccordement à la paroi de la caverne suivant un angle aigu.

En dehors de l'auscultation, ce signe devait être vérifié par la suite. Il s'agissait bien d'une cavité et non pas d'un pneumothorax. Du côté droit, toute la base était le siège de nodules disséminés qui contre-indiquaient toute intervention.

Au cours d'examens ultérieurs l'on avait pensé tenter une collapsothérapie par pneumothorax droit, afin d'essayer ensuite une thoracoplastie supérieure gauche ; mais à aucun moment l'on ne trouva un état général suffisamment bon pour pouvoir se permettre avec chance de succès une thérapeutique aussi peu classique.

Le malade subit deux séries de sels d'or de 4 grammes chacune (sels d'or intraveineux solubles). La troisième série était en cours lorsque son médecin nous demanda de l'examiner parce qu'il présentait des phénomènes buccaux. C'est alors que N.... fut envoyé à la consultation du Professeur DANIEL où l'un de nous l'examina.

Cette troisième série de crisalbine totalisait alors 2 gr. 50 (0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,20 - 0,25 $\times$ 8) ; mais, alors que les premières séries avaient été très bien tolérées, des modifications de la muqueuse buccale avaient, cette fois, attiré l'attention du malade, et avaient fait penser à la possibilité d'une stomatite aurique.

N.... nous montre, en effet, sur la muqueuse jugale, des deux côtés, des arborescences blanchâtres, élégantes, non douloureuses, constituées par une modification de la muqueuse et non par un dépôt ou une fausse membrane. Le diagnostic de liichen plan buccal semble s'imposer. Il est bientôt confirmé par l'examen de lésions cutanées et cutanéomuqueuses apparues en même temps sur la verge.

Sur le gland et dans le sillon balano-préputial nous

trouvons en effet une demi-douzaine de papules typiques, tandis que sur le fourreau de la verge, il existe une nappe de papules lichéniennes un peu plus grosses, formant un amas de 7×20 millimètres environ.

Nous pratiquons une biopsie sur une lésion du fourreau de la verge. Au microscope, les coupes montrent l'aspect caractéristique du lichen plan, avec la disposition en coupôles des papilles et l'exsudat nettement limité du côté du derme profond. Cet exsudat, très dense, se montre constitué, en majorité, par des éléments ronds, à protoplasme peu abondant, à noyaux très denses, du type lymphocytaire. La nature lichénienne de la lésion ne laisse aucun doute (Professeur DANEL).

Bien que ne considérant pas l'apparition d'un lichen au cours d'un traitement aurique comme un signe d'intolérance grave, nous avons conseillé de suspendre, au moins momentanément, les injections.

Les événements semblent nous avoir donné raison, car les accidents cutanéomuqueux s'amendèrent assez rapidement. Le malade n'avait d'ailleurs manifesté aucun autre signe d'intolérance, et son médecin qui examinait ses urines toutes les deux injections, n'avait jamais constaté la présence d'albumine.

Au bout de deux mois de repos, toutes lésions ayant disparu, une nouvelle tentative de chrysothérapie fut faite, et, dès les premières injections, les lésions de lichen réapparurent.

La tuberculose pulmonaire de ce malade n'a été aucunement influencée par les injections de sels d'or et, actuellement, le malade se cachectise.

A la lecture des observations que nous venons de rapporter, il apparaît que, si le lichen plan cutané coexiste ou succède très fréquemment aux autres accidents cutanés de la chrysothérapie : érythrodermie, mélanodermie, etc., le lichen buccal, de

son côté, est un fait très fréquent, pour ne pas dire constant, dans la stomatite aurique.

La stomatite aurique, a dit GATÉ, est lichénoïde et épithéliale. Dans toutes les observations que nous venons de citer, au moins à un moment donné de son évolution, et partiellement, cette stomatite a été *lichénienne*.

En effet, il n'a pas été pratiqué d'examen histologique d'un fragment biopsié au niveau d'une de ces lésions buccales à aspect de lichen plan, cependant :

1° La localisation et les caractères morphologiques de ces lésions buccales blanchâtres, opalines, disposées en placards irréguliers, dentelliformes, et qui, lorsqu'elles commencent à pâlir, montrent nettement le réseau pathognomonique du lichen plan ;

2° La coïncidence si fréquente de ces lésions buccales à aspect de lichen plan typique avec un lichen plan typique de la peau, vérifié maintes fois histologiquement (GRAVIER et GATÉ, TOURAINE et VOIL-LEMIN, DU CASTEL et DEBROISE, et nous-mêmes), suffisent à prouver qu'il s'agit bien là d'un lichen plan buccal véritable.

La nature lichénienne de cette stomatite est incontestable, en particulier, dans les observations de LORTAT-JACOB et LEGRAIN, de GOUGEROT et BURNIER, et dans la nôtre ; et il est moins exact ici de parler de stomatite aurique que de parler de lichen plan buccal déclenché par l'or.

Sans doute, toutes les stomatites auriques ne sont pas lichéniennes d'une façon typique, et pendant tout le cours de leur évolution ; cependant la fréquence du lichen plan buccal est si grande au cours de la stomatite aurique, qu'il semble que l'on puisse, avec GOUGEROT, considérer trois phases dans la majorité des stomatites qui surviennent isolément ou accompagnent les divers accidents cutanés de la chrysothérapie :

1° Une première phase de stomatite aurique toxique (?), où de nombreuses érosions existent sur la muqueuse érythémateuse, œdémateuse et parfois purpurique. Hypersalivation et douleur. Déjà à cette phase on peut voir une ébauche de lichen plan, mais en règle générale, les lésions n'ont pas l'aspect lichénien.

2° Dans une deuxième phase, les lésions précédentes persistent, mais elles coexistent fréquemment avec un lichen atypique, jugal et lingual, avec de nombreuses exulcérations.

3° Enfin, dans la troisième phase, les divers symptômes de la stomatite proprement dite : érythème, œdème, ulcération, hypersalivation, douleurs, s'atténuent peu à peu et guérissent, tandis que les lésions de lichen buccal demeurent seules et disparaissent les dernières.

Notons enfin les faibles doses de sels d'or suffisantes pour déclancher l'apparition de la stomatite ou du lichen buccal auriques : le malade de LORTAT-JACOB et LEGRAIN avait reçu 2 gr. 20 de

crisalbine ; les malades de GOUGEROT et BURNIER : la première 2 gr. 35 et 1 gr. 40 ; la seconde deux séries de 1 gr. 75 et une, celle qui déclenche le lichen, de 2 gr. 50.

Par contre, la malade de P. BLUM et NADAL n'a reçu que 0 gr. 40 ; celle de BERTIER et BOCQUILLON, 0 gr. 90 en six semaines ; 0 gr. 75 pour celle de GOUGEROT, COHEN et PATTÉ ; 0 gr. 60 seulement ont été reçus par la malade de GOUGEROT, P. BLUM et P. DUREL, et 1 gr. par le malade de TOURAINE et VOILLEMEN.

Ce sont là de faibles doses, et qui ne peuvent avoir agi à la façon d'un toxique.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'étiologie du lichen plan est complètement inconnue.

Il y a longtemps déjà que l'on a envisagé deux origines possibles pour le lichen plan.

Comme il est assez fréquent d'observer des lichens plans chez des sujets émotifs, instables et nerveux, souvent à la suite d'une émotion ou d'une fatigue excessive, morale ou physique, on a été amené à envisager la possibilité d'une origine nerveuse pour le lichen plan, que l'on considérerait d'après cette théorie, comme une manifestation cutanée d'un trouble nerveux.

Mais ce trouble nerveux ne peut être primitif ni essentiel ; et de même que l'on admet dans le zona l'existence d'un virus inconnu, — peut-être celui de la varicelle ? — qui produit au niveau des racines postérieures des altérations qui donneront naissance au zona, ainsi les troubles nerveux d'où découlerait le lichen plan supposent un agent causal.

La théorie nerveuse, pour vraisemblable qu'elle soit, n'est donc pas suffisante et conduit à admet-

tre l'hypothèse d'une origine parasitaire du lichen plan.

Cependant, jusqu'alors, la contagion du lichen n'est pas prouvée ; les quelques observations de lichen conjugal, voire familial, peu nombreuses, sont peu démonstratives ; il peut ne s'agir là que de coïncidences : des tempéraments semblables ayant réagi de la même façon à une même excitation.

Bien que l'anatomie pathologique des papules de lichen montre un infiltrat inflammatoire de la basale, l'inoculation de ces papules a toujours été négative.

En 1927, M. PAUTRIER a fait 21 essais d'inoculation intradermique de papules broyées à l'homme, sans aucun résultat au bout de 3 à 7 mois ; en 1933, six nouveaux essais furent négatifs. Mêmes résultats négatifs en inoculant des papules de lichen plan broyées ou du liquide céphalo-rachidien de malades en poussée de lichen plan dans le cerveau ou dans le L. C. R. de lapins ou de singes. Neuf animaux, inoculés de cette façon, ne présentèrent par la suite aucun trouble d'aucune sorte.

JACOB et HELMBOLD ont décrit un microbe anaérobie, considéré par eux comme pathogène, mais ce microbe n'a pas encore été retrouvé par d'autres observateurs.

L'hypothèse de l'origine syphilitique du lichen ne repose sur aucune base sérieuse. En particulier, la fréquence du lichen buccal post-arsenical ne peut être retenue comme une preuve de cette origine.

L'apparition d'un lichen chez un syphilitique régulièrement traité, non arséno-résistant, à la fin d'une série arsenicale (MAIRE), ne saurait être considérée comme une réaction de HERXHEIMER, comme une manifestation de biotropisme direct, nous semble-t-il.

L'origine mycosique du lichen n'est pas davantage prouvée. Dans le lichen banal, essentiel, les intradermo-réactions positives aux myco-toxines ne prouvent pas que le lichen du sujet soit de nature mycosique ; elles prouvent seulement que le sujet a été atteint de mycose. Quant aux succès thérapeutiques que M. JAUSION dit obtenir avec les clasines mycosiques, ils sont, de son propre aveu, très lents, et peut-être le temps a-t-il autant d'importance dans ces résultats que dans ceux que l'on obtient par l'abstention thérapeutique dans le lichen post-aurique ?

La théorie qui compte maintenant le plus de défenseurs, et dont M. MILIAN s'est fait le champion, c'est celle qui, s'appuyant sur la notion de biotropisme, considère au lichen plan une origine tuberculeuse.

Le biotropisme que, tout le monde le sait, nous devons à M. MILIAN, c'est, dit ASDÉRY, « la stimulation des parasites de l'organisme, l'exaltation de leur vitalité ou de leur virulence, par des agents de nature variée, chimique, physique, ou microbienne, ces phénomènes bien spéciaux ne relevant ni de l'intoxication ni de l'intolérance ».

Le biotropisme est direct, si les microbes exaltés

sont ceux directement visés par le traitement ; il est indirect si les accidents provoqués sont d'une autre nature que l'affection traitée. Les lésions sont focales si elles apparaissent au niveau du foyer traité : érythème englobant un lupus érythémateux ; métastatiques dans le cas contraire.

Devant la grande fréquence du lichen plan au cours de l'aurothérapie, aurothérapie dirigée contre la tuberculose, M. MILLIAN a pensé que le lichen plan pouvait être une éruption biotropique directe, de nature tuberculeuse.

Voici les arguments qu'il donne en faveur de cette conception et les objections que l'on peut leur opposer.

L'élément fixe, dans toutes les observations, ce n'est pas le médicament qui provoque le lichen, et qui peut être l'or, l'arsenic, l'émétine, l'acétate de thallium, etc.... ; l'élément fixe, c'est la tuberculose. Mais, ceci ne constitue pas une preuve et ne peut être considéré que comme une présomption.

Il existe une syphilide lichénoïde : syphilide folliculaire d'une part, nettement de nature tuberculeuse, dit MILLIAN, et syphilide lichénoïde véritable, qui coexiste avec la précédente, et est donc aussi tuberculeuse, ou tout au moins syphilo-tuberculeuse ; leur histologie est la même que celle du lichen plan ; donc le lichen plan est tuberculeux.

Cette vue, séduisante d'ailleurs, n'est pas admise par M. Touraine qui objecte que les follicules tuberculoïdes que l'on observe dans les syphilides lichénoïdes n'ont rien de spécifiquement tuberculeux,

leur observation dans la syphilis tardive étant bien connue. On peut admettre que la syphilide folliculaire est due à une hybridité syphilo-tuberculeuse, mais rien ne permet d'affirmer que ces lésions tuberculoïdes sont tuberculeuses.

La même objection peut être faite à l'assimilation étiologique du lichen plan et du lichen niti-dus (classé comme tuberculide) que préconise M. MILIAN, en se basant sur la similitude histologique des deux affections dénoncée par M. CIVATTE.

Les intra-dermo et hypodermo-réactions à la tuberculine, dit encore M. MILIAN, ont toujours été positives dans les cas de lichen plan ; réactions générale et locale n'ont jamais manqué de se produire (ce qui prouve seulement que le sujet est tuberculeux et non forcément la lésion) ; et, ce qui est plus important, une réaction focale a été constatée au niveau des papules de lichen.

Toutefois, M. MILIAN fait remarquer lui-même qu'il a été nécessaire, pour obtenir la réaction focale, d'injecter des doses bien supérieures aux doses habituelles : jusqu'à $1/2$ à $3/4$ de milligramme ; ce qui ne laisse pas tout de même de faire planer un doute sur la valeur de la réaction ainsi obtenue.

Le traitement du lichen par l'or, dit enfin M. MILIAN, l'or qu'on regarde aujourd'hui comme le médicament quasi-spécifique des affections tuberculeuses, donne une amélioration.

En effet, sur 12 cas de lichen plan banal traités par l'or par M. MILIAN, 7 améliorations se sont pro-

duites ; mais 7 complications diverses sont également survenues, dont 5 assez graves.

Dans le cas de lichens plans post-auriques, l'arrêt du traitement aurique amène presque toujours et assez rapidement la disparition de l'éruption. Et ceci ne semble pas en faveur de l'origine tuberculeuse biotrophique du lichen, le bacille tuberculeux n'ayant pas coutume d'abandonner aussi spontanément le terrain qu'il a conquis.

La poursuite du traitement aurique, au contraire, amène constamment une exacerbation des lésions de lichen plan (Observation de LORTAT-JACOB et LEGRAIN). Nous n'avons pas pu relever une seule observation où soit relaté qu'un lichen apparu au cours d'un traitement aurique ait été guéri par la poursuite du même traitement. Il semble cependant que c'est ce qui devrait se produire si le lichen aurique était véritablement une manifestation de biotropisme.

En résumé, pour indiscutable que soit la réalité du biotropisme, et quelque séduisante et satisfaisante pour l'esprit que puisse être l'application de cette conception au lichen post-aurique, il ne semble pas qu'à l'heure actuelle les faits puissent nous permettre de considérer ces lichens comme des manifestations de biotropisme direct.

Convienndrait-il alors de faire du lichen plan aurique une lésion toxique ? Nous ne le pensons pas davantage.

Car, d'autre part, les sels d'or que l'on emploie

actuellement sont peu toxiques ; et, d'autre part, le lichen, de même que les autres accidents cutanés de l'aurothérapie ne présente pas les caractères de l'intoxication :

Les sels d'or ne sont pas nocifs pour tous les sujets ;

Ce n'est pas une dose déterminée, à peu près la même pour tous, qui déchaîne les accidents : 0 gr. 40 de crisalbine suffisent à provoquer chez celui-ci des accidents graves, tandis que tel autre tolère parfaitement plusieurs séries de 2 et 3 grammes ;

Les effets ne sont pas proportionnels aux doses : l'érythrodermie qui survient après 0 gr. 90 de sels d'or présente les mêmes caractères que celle qui éclate après 2 gr. 50.

Enfin, le mécanisme des accidents semble plutôt d'ordre physique, colloïdoclasique, que d'ordre chimique, destructif.

Ce sont là, au contraire, les caractères que M. TZANCK assigne à l'intolérance, ici intolérance innée, idiosyncrasie, et non anaphylaxie.

On pourrait peut-être émettre un doute au sujet de l'érythrodermie qui survient au moment où le patient a déjà reçu une dose élevée de sels d'or, et dans laquelle il est parfois difficile de dire quelle part revient à une intoxication possible (fièvre, albuminurie, œdèmes, lenteur de guérison), et quelle part revient à l'intolérance (sensibilité persistante à des doses infimes du médicament).

Mais bien des érythrodermies, telles celle surve-

nue chez la malade de BERTIER et BOCQUILLON, après 90 centigrammes d'allochrysine, et qui ne s'accompagna jamais de température, de troubles digestifs, ni d'albumine, ou celle présentée par le malade de TOURAINE et VOILLEMIN *un mois* après la fin d'une série de crisalbine totalisant seulement 1 gramme, ne peuvent être classées comme des intoxications auriques. Ce sont là des intolérances manifestes.

Les recherches de GUGEROT et de ses collaborateurs ont d'ailleurs montré depuis longtemps qu'il existe chez certains sujets un choc humoral déclenché par l'injection de sels d'or (comme par l'injection d'arsenicaux), et qui se traduit par des modifications de la tension et du pouls, du nombre des globules blancs et des globules rouges, de l'indice réfractométrique, par de l'œdème des paupières, par des nausées, de l'anorexie, de la lassitude.

Ce sont là des signes d'intolérance humorale ; mais, dit M. TZANCK, l'intolérance peut se manifester dans les divers appareils, avec les mêmes critères généraux ; et l'or, comme l'arsenic, a une prédilection marquée pour la peau et les muqueuses, prédilection dont le lichen, l'érythème et l'érythrodermie sont les manifestations.

Autres lichens d'origine médicamenteuse.

L'or et l'arsenic se sont d'ailleurs pas les seuls à provoquer ces réactions, et il est remarquable d'observer au sujet du lichen cutané et muqueux

qu'il peut apparaître à la suite de l'administration de médicaments très variés ; s'il se rencontre avec le maximum de fréquence au cours du traitement aurique, les arsénobenzènes et le bismuth ont aussi la propriété de provoquer son apparition, et on l'a vu suivre les injections de : septicémine (CASSAVETIS), d'acétate de thallium (DEMBROWSKI), d'émétine (GOUGEROT et BLUM), etc... ; dans ces observations la maladie n'est pas l'élément fixe (done, pas biotropisme direct), ni le médicament (done, pas intoxication) ; l'élément fixe, c'est le terrain, sans doute la constitution des sujets qui présentaient vraisemblablement un système vago-sympathique instable et prédisposé, certainement leur idiosyncrasie pour l'or, pour l'arsenic, ou pour tout autre médicament, qui s'est traduite de la même façon.

D'autres malades réagissent par de l'eczéma (GOUGEROT, COHEN et GANOT ; NICOLAS, DUMAREST et LEBEUF), d'autres par un érythème, d'autres par une érythrodermie vésiculo-œdémateuse.

Le lichen plan, l'eczéma, l'érythème, l'érythrodermie apparaissent donc comme les diverses modalités d'un même phénomène, le lichen buccal étant au degré le plus bas, l'érythrodermie au degré le plus élevé, dans l'échelle de la gravité.

Et dès lors, le lichen plan, cutané ou muqueux, n'apparaît plus comme une entité morbide définie, mais comme une manifestation d'intolérance cutanée.

Il sera intéressant, pour vérifier expérimentalement cette thèse, d'effectuer l'intradermo-réaction à l'or, et surtout de rechercher le choc à l'or, chez les malades en traitement aurique qui présenteront un lichen plan, un eczéma ou un érythème.

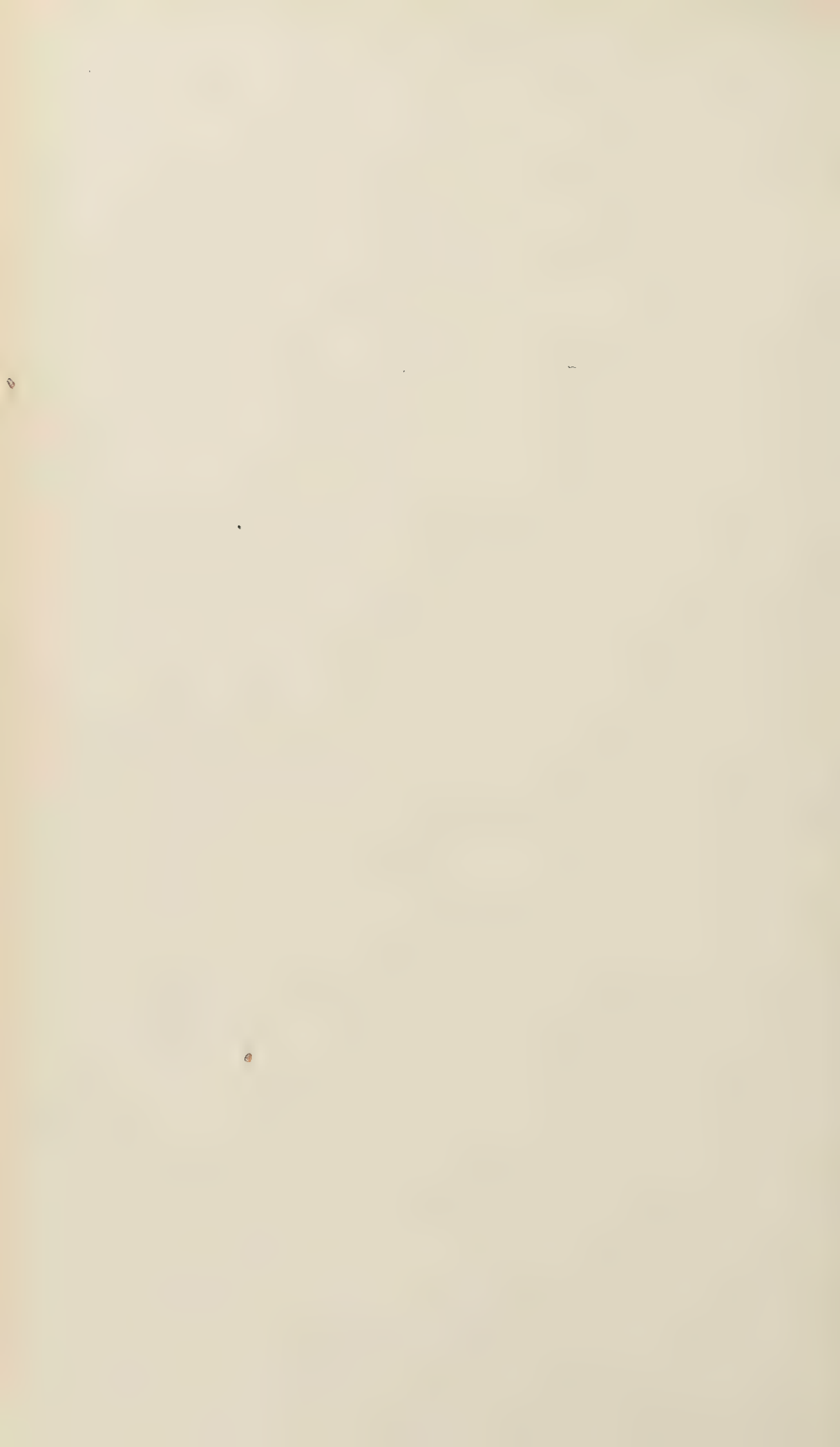
TRAITEMENT DU LICHEN

Dans le lichen post-aurique, les observations le prouvent, il suffit de cesser les injections de sels d'or pour voir rétrocéder et disparaître les lésions.

Pour les lichens qui surviennent conjointement à une érythrodermie, c'est l'érythrodermie, plus que le lichen, qui commande l'arrêt du traitement.

Les lichens qui surviennent isolément, comme dans notre observation, sont à considérer comme un avertissement des dispositions que présente le patient à faire des réactions cutanées plus graves. Il faut, soit cesser le traitement, soit le continuer prudemment, après avoir essayé de désensibiliser le malade (hyposulfite de soude et pilocarpine, d'après JAUSION).

Ces malades étant le plus souvent des polyintolérants, il semble peu indiqué d'instituer chez eux le traitement du lichen, et de leur administrer de l'arsenic ou du bismuth, eux-mêmes provocateurs de réactions d'intolérance.



CONCLUSIONS

1° Le lichen plan cutané et muqueux est très fréquent au cours de la chrysothérapie.

2° En présence d'une réaction de la muqueuse buccale au cours d'un traitement aurique, il faut toujours penser à un lichen possible, et examiner toute la surface des téguments.

3° Il semble que très souvent, à un moment donné de son évolution, et au moins partiellement, la stomatite aurique est *lichénienne*.

4° Il ne paraît pas actuellement possible de donner au lichen une étiologie bacillaire en se basant sur les réactions lichéniennes provoquées par l'or ou sur les cas de lichen guéris par l'aurothérapie (MILIAN). Les sels d'or ne présentent pas une suffisante spécificité d'action sur le bacille de Koch pour permettre cette conclusion.

5° Les caractères du lichen aurique et son évolution; les caractères et l'évolution identiques des autres lichens d'origine médicamenteuse semblent,

au contraire, nous autoriser à classer le lichen plan non plus parmi les entités morbides, mais parmi les réactions cutanées, à côté de l'eczéma ou de l'urticaire.

6° Un lichen plan se déclarant au cours d'un traitement par les sels d'or ne doit pas être regardé comme un signe d'intolérance équivalent à une stomatite ou une érythrodermie. Cet incident doit cependant commander la prudence, et notre observation est à ce point de vue démonstrative, le lichen ayant disparu avec la cessation du traitement pour reparaître lors d'une seconde série de crisalbine.

Nancy, le 14 Avril 1934.

Vu : *Le Président de Thèse,*

SPIILLMANN.

Vu et approuvé :

Nancy, le 14 Avril 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

SPIILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 Avril 1934.

Le Recteur de l'Académie de Nancy,

BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOVITZ. — *Brooklyn Derm. Soc.*, 21 novembre 1927.

ALBÉRIC, MARIN et F. L. BOULINS (de Montréal). — Psoriasis et sels d'or. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syphil.*, Mai 1933, p. 768.

ALLEN (H. W.). — Acute generalized lichen planus obtusus following neosalvarsan and bisoxyl injections. — *Proceed R. Society. Med.* XXVI, N° 8, Juin 1933, p. 998.

ASDERY. — Les éruptions auriques biotropiques. — *Thèse* Paris 1933, in-8°, n° 99.

ASDERY. — Les auriques biotropiques. — *Paris Méd.*, N° 3, 1933, p. 62.

BERTIER et BOCCUILLON. — Accidents cutanés et muqueux graves, brusques et prolongés, consécutifs à un traitement par les sels d'or. Alopecie totale persistante, avec larges placards de lichen plan. — *Bull Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 10 Novembre 1932, p. 1.335.

Paul BLUM et NADAL. — Lichen plan cutané et muqueux déclanché par l'or. Hyperpigmentation consécutive. *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 12 Novembre 1931, p. 1.334.

BURGESS (N.). — The treatement of lichen planus with bismuth. — *Urol. a. Cutan. Review*, XXXVII, n° 2, Février 1933, p. 61.

BUSCHKE. — *Berlin Derm. Gesellsch.*, 13 Novembre 1928.

J. DU CASTEL et DEBROISE. — Aurides ulcéreuses de la muqueuse buccale. — *Arch. Hospitalières*, n° 4, Juille 1933. XX

DELILLE, GAVOIS et BAYLE. — Intoxication aurique grave malgré de faibles doses ; manifestations cutanées et modifications sanguines. — *Bull. Soc. de Pédiâtric de Paris*, XXX, n° 10, Décembre 1932, p. 654.

DUMAREST, LEBEUF, MOLLARD et PAVIE. — Intoxication, biotropisme, intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie. — *Jour. de Médecine*, 25 Avril 1932.

FORMAN (L.). — Pigmentary and atrophic lichen planus following the administration of arsenic and bismuth. — *Proceed R. Soc. Med.* XXVI, n° 8, Juin 1933, p. 997.

J. GATÉ. — A propos de la forme ulcérée du lichen plan des muqueuses. Un cas de lichen typique des régions anale, génitale et linguale, associé à un lichen ulcéreux de la face interne des joues. — *Bull. de la Soc. Fr. de D. et S.* Réunion de Lyon, 12 juin 1930, p. 760.

GATÉ. — *Société de Médecine de Lyon*, 19 mai 1926.

J. GATÉ et J. CHARPY. — Lupus érythémateux exanthématique. Chrysothérapie. Granulie méningée terminale à forme dementielle. — *Bull. Soc. Fr. de D. et S.*, n° 2, Février 1933. — *R. Derm. de Lyon*, p. 61.

J. GATÉ, P. GUILLERET et J. CHARPY. — Lupus érythémato-nodulaire du nez. Apparition de nouveaux éléments de lupus érythémateux de la bordure du cuir

- chevelu et au lobule de l'oreille gauche au cours d'un traitement aurique. — *Bull. Soc. Fr. de D. et S.*, n° 3, Mars 1933. — *R. de Lyon*, p. 323.
- GOUGEROT, BLUM (P.) et DELAY. — Lichen atypique cutané (en éléments érythémato-squameux, diffus en médaillons, en nappes, verruqueux, pigmentés) et lichen muqueux typique post-arsénical. — *Bull. Soc. Fr. D. et S.*, n° 3, Mars 1933, p. 421.
- GOUGEROT et P. BLUM. — Stomatite toxique aurique érythémateuse purpurique exulcéreuse. — *Bull. de la Soc. Fr. de D. et S.*, n° 2, Février 1933, p. 256.
- GOUGEROT, BLUM (P.) et DUREL (P.). — Lichens cornés verruqueux et pigmentés ; lichen spinulosus, lichen plan pigmenté post-aurique. — *Bull. Soc. Fr. de D. et S.*, n° 2, Février 1933, p. 261.
- GOUGEROT et P. BLUM. — Syndrôme hémogénique (hémorragique et purpurique), déclenché tardivement par l'or. — *Bull. Soc. Fr. de D. et S.*, Juin 1933, p. 877. (stomatite toxique érythémateuse purpurique exulcéreuse).
- GOUGEROT et BLUM. — Lichen plan déclenché et aggravé par l'émétine. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 9, Décembre 1932, p. 1.663.
- GOUGEROT et BURNIER. — *Arch. Derm. Syph.*, Septembre 1929, n° 3, p. 580. — *Idem*, Mars 1931 n° 1, p. 131. — *Soc. Derm.*, 14 Février 1929 et 14 mars 1929.
- GOUGEROT, BURNIER et PHOTINOS. — Eruption lichénoïde et stomatite leucokératosique ulcéreuse auriques. — *Bull. Soc. Fr. de D. et S.*, 14 Mars 1929, n° 3 p. 254.
- GOUGEROT et BURNIER. — Révision de la stomatite naécée aurique, fréquence du lichen plan buccal déclenché par l'or. — *Bull. Soc. Fr. de D. et S.*, 12 Novembre 1931, p. 1.331

- GOUGEROT, BURNIER et P. UHRY. — Erythème biotro-
pique du neuvième jour par l'or. — *Bull. Soc. Fr. de
Derm. et Syph.*, 18 Avril 1929, p. 364.
- GOUGEROT, COHEN et GANOT. — Eczémas auriques. — *Bull.
Soc. Fr. de D. et S.*, 10 Décembre 1931, n° 9, p. 1.469.
- GOUGEROT, COHEN et UHRY. — Anaphylaxie à l'or. —
Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph., 18 Avril 1929, n°
4, p. 366.
- GOUGEROT, COHEN et PATTÉ. — Lichen plan et eczéma
provoqués par l'or dans un cas de lupus érythéma-
teux. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 9, Dé-
cembre 1932, p. 1.662.
- GOUGEROT et PATTÉ. — Anaphylaxie clinique et humorale
à l'or, à la suite de petites doses sous-cutanées. Choc
humoral intense à plusieurs accès. — *Bull. Soc. Fr.
de Derm. et Syph.*, 1932, p. 1.339.
- GOUIN. — Traitement du lichen plan. — *Bull. Soc. Fr.
de Derm. et Syph.*, Novembre 1933, p. 1.371. — *Idem*,
Décembre 1931, p. 1.497 à 1.516.
- GRANGE. — Lichen plan conjugal. — *Revue Fr. de Derm.
et de Vénéor.*, Avril 1932, p. 221.
- L. GRAVIER et GATÉ. — Lichen plan post-chrysothérapi-
que à forme atypique. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et
Syph.*, n° 7, Juillet 1933. Réunion de Lyon, p. 1.057.
- JAUSION. — *Revue de Stomatologie*. Juillet 1932.
- JEANSELME et BURNIER. — *Journal de Médecine et de
Chirurgie Pratiqué*, 10 Février 1926.
- KOHRs. — *Derm. Wochens*, 1921, p. 181.

- LEBEUF et MOLLARD. — Morphologie des aurides ; essai de classification. — *A. de Derm. et Syph.*, 2, 214-228, Février 1931.
- LEBEUF et MOLLARD. — Les aurides muqueuses et cutanées. — *Presse Médicale*, 13 septembre 1930, n° 74, p. 1.239.
- LORTAT-JACOB et LEGRAIN. — Lupus érythémateux traité par l'or. Apparition d'un lichen plan buccal intense. — *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 21 Mai 1931, p. 786.
- MAIRE. — Lichen plan buccal survenu pendant le traitement arsenical. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 9. Réunion de Strasbourg, p. 1.472.
- MARTENSTEIN. — *Klin. Wochens.*, 1922, p. 2.235.
- F. MASSOT. — Difficultés d'interprétation de certains accidents de l'arsénothérapie. — *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, Novembre 1933, p. 1.461, et discussion par MILIAN et TZANCK, p. 1.664 et 1.665, *idem*, Décembre 1933.
- R. L. MAYER. — *Handb. J. Hautu. Geschlecht de Judansohn*, tome IV, deuxième partie, P. P. 81 - 103, Springer, Berlin, 1933.
- MILIAN. — Traitement du lichen plan par l'or. — *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 6 Juillet 1933, p. 1.345.
- MILIAN. — Nature du lichen plan et discussion. — *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 1, Janvier 1933, p. 114.
- MILIAN. — Etat actuel de la question des arsénobenzols. — *Paris Médical*, 5 avril 1929, p. 261.

- MILIAN. — A propos de l'érythrodermie arsénobenzolique. — *Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 4, Avril 1933, p. 546.
- MILIAN et FOUQUET. — *Société de Dermatologie*, 12 Décembre 1929, p. 1.219.
- MILIAN et TERRASSE. — Lichen plan consécutif à l'érythrodermie aurique chez un tuberculeux pulmonaire. — *Bulletin de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, Novembre 1933. Réunion de Strasbourg, p. 1.403.
- NICOLAS, LEBEUF et MOLLARD. — Sur quelques accidents inédits de la chrysothérapie. *Réunion Dermatologique de Lyon*, 16 Juin 1932.
- NICOLAS, DUMAREST et LEBEUF. — Dermatite eczématisiforme de type séborrhéique impétigoïde chez une jeune fille soumise à un traitement aurique depuis un an. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.* (Réunion de Lyon), n° 3, Mars 1933, p. 333.
- PANKHURST H. — Dermatitis medicamentosa (arsenical) with feature of lichen planus, involving the scalp. — *Archives Dermatol. et Syphilol.*, XXVI, n° 3, Septembre 1932, p. 572.
- L. M. PAUTRIER. — Sur quelques points particuliers de la structure histologique de la papule de lichen plan : fréquence d'une exocytose trans-épidermique abondante et présence accidentelle d'une éosinophilie importante dans l'infiltrat. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, Décembre 1933, Réunion de Strasbourg, p. 1.550.
- L. M. PAUTRIER. — Résultats négatifs d'inoculations de papules de lichen plan broyées et de liquide céphalo-rachidien de malades en poussées de lichen plan, dans le cerveau et dans le canal rachidien de lapins et de singes. — *Bull. Soc. de Der. et Syph.* (Réunion de Strasbourg), Décembre 1933, p. 1.546.

PAUTRIER. — Guérison d'un lichen plan à la suite d'une érythrodermie bismuthique. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 9, Décembre 1932. Réunion de Strasbourg, p. 1.565.

PINARD et EVEN. — *Société de Dermatologie*, 13 Février 1930, p. 239.

RAIMBAULT. — Les accidents buccaux de l'aurothérapie. — *Revue de Stomatologie*, n° 3, Mars 1933.

TOURAINE et VOILLEMIN. — Erythrodermie, mélanodermie et lichen plan post-auriques. — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, Novembre 1933, p. 1.416.

A. TZANCK et ED. SIDI. — L'érythrodermie. Intolérance cutanée. (Contribution à l'étude des accidents de la chimiothérapie). — *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 2, Février 1933, p. 269.

TZANCK et PAUTRAT. — Traitement du lichen plan par les injections de lait. — *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, Décembre 1933, p. 1736.

H. JAUSION. — Les réactions cutanées et leur traitement général. — *Bulletin Médical*, 28 Octobre 1933, p. 683.
